

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
VERA	ZAMBRANO	MAGO ISMAEL	12	05	1980	45 años, 4 meses, 20 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1309827432	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	BELLAVISTA 1 y	099-598-6883 / (05)-236-1113
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Convecional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area
MSP	1309827432	SAN ANTONIO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Cardiología	2025	10	02
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud		Servicio	Especialidad	día	mes	año

2. Motivo de la referencia o derivación:

Limitada capacidad
resolutiva



Saturación capacidad
instalada



Ausencia temporal del
profesional



Otros/especifique:



Falta de profesional



3. Resumen del cuadro clínico

PACIENTE DESDE HACE 72H QUE VIENDO TV REFIERE SENSACIÓN DE AHOGO POR PRIMERA VEZ CON PA 160/90 QUE MEJORA CON REPOSO OTRAS PRESIONES DE 150/80, POSTERIOR A ESE EVENTO SE HAN PRESENTADO OTROS SIMILARES INCLUYENDO PALPITACIONES, REFEIRE HOLTER DE ARRITMIA PATOLÓGICO HACE 3 AÑOS ATRÁS SIN SEGUIMIENTO O TRATAMIENTO POSTERIOR, NO CUENTA DICHOS ESTUDIOS ACTUALMENTE. AL MOMENTO DE LA CONSULTA ASINTOMÁTICO CON EKG SIN ALTERACIONES SIN EMBARGO SE DERIVA A CARDIOLOGÍA PARA ESTUDIOS CORRESPONDIENTES.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

EKG NO PATOLÓGICO, ASINTOMÁTICO AL MOMENTO DEL ESTUDIO EN REPOSO.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ARRITMIA CARDIACA, NO ESPECIFICADA	I499		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-10-02	13:47	Medicina Familiar Y Comunitaria	IRVING ISRAEL BUITRON NIETO	1009-14-1292330	

III. CONTRAREFERENCIA ☐ REFERENCIA INVERSA ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud		Tipo	Servicio	Especialidad	

Contrarefiere o Referencia inversa a:					Fecha		
			/				
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud		Tipo	Distrito/Area	día	mes	año

2. Resumen del cuadro clinico

3. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

4. Tratamiento y procedimientos terapéuticos realizados

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF

6. Tratamiento recomendado a seguir en le establecimiento de salud de menor nivel de atención y/o complejidad

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-10-02	13:47	Medicina Familiar Y Comunitaria	IRVING ISRAEL BUITRON NIETO	1009-14-1292330	